

# 令和6年度 加賀市病院事業会計年度任用職員募集案内

令和6年3月28日

会計年度任用職員を下記のとおり募集します。

## 1 募集区分・職種・募集人数・任用期間・勤務条件等

項目	内容
募集区分	加賀市病院事業
職種	看護補助員
募集人数	若干名
任用期間	採用日から令和7年3月31日まで ・採用は全て条件付で、採用後1か月間(1か月の勤務が15日に満たない場合は15日に達するまで)を良好な成績で勤務した場合に正式採用となります。 ・同一会計年度内における任期の更新の有無( 無 ) ※任期満了時の業務量、従事している業務の進捗状況等に応じて、勤務実績を考慮した上で行います。
再度の任用	選考等を行った上で、再度、任用する場合があります。
就業場所	加賀市医療センター 病棟、外来等
業務内容	日常生活に関わる業務(患者の入浴や排泄の介助、車いす移動の補助など) 生活環境に関わる業務(病室の整理・整頓、ベッドシーツの交換など) 看護師の診療の補助に関わる業務(医療器具の片付けや準備、検査やりハビリの付きそいなど)
勤務時間等	1 勤務時間 ・週20時間(1日4時間×5日) ・週30時間(1日6時間×5日) ・週35時間(1日7時間×5日) 2 始業・終業の時刻 原則として8時30分から17時15分のうち、上記の範囲内で相談のうえ決定します。 3 休憩時間 ・週20時間 なし ・週30時間または週35時間 60分
休日	原則として、土曜日・日曜日、祝日、年末年始(12月29日から翌年1月3日まで) ただし、交替制勤務等により振替休日となることがあります。
休暇	1 年次有給休暇(採用月や勤務日数により、付与日数が異なります。) 2 特別休暇 (1) 有給 忌引、結婚、夏季、出生サポート、産前、産後等 (2) 無給 保育時間、子の看護、介護休暇、介護時間、私傷病等
給与	1 時給(週20時間) 1,007円～ 報酬月額(週30時間) 126,967円～ (週35時間) 148,129円～ 2 諸手当 期末手当、通勤手当等が支給されます。
服務	任期中は、地方公務員法の「分限・懲戒」及び信用失墜行為の禁止、守秘義務、職務専念義務等の「服務」に係る各規定が適用されます。
社会保険等	1 社会保険 健康保険(共済組合)、厚生年金保険、雇用保険が適用されます。 ※週20時間勤務の場合、資格取得要件を満たした場合のみ健康保険・厚生年金保険適用となります。 2 公務災害補償 公務上又は通勤による災害について補償制度があります。 3 安全衛生 年に1度、健康診断及びストレスチェックの受診があります。

2 受験資格 地方公務員法第 16 条に規定する次の欠格条項に該当する者は、選考を受けることができません。

- (1) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終えるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- (2) 加賀市職員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から 2 年を経過しない者
- (3) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

3 受付期間 随時（定員になり次第、受付を終了します。）

4 申込方法

- ・次の必要書類を下記の申込先（担当課・グループ）へお持ちいただくか送付してください。
- ・必要書類を持参される場合は、土曜日、日曜日及び祝日を除く午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで受付します。
- ・提出書類
  - ① 申込書
  - ② 履歴書

（申込書及び履歴書は、本要項末尾からダウンロードしてください。）

※提出された書類は、一切返却しません。

※提出書類及び選考時に取得した個人情報、選考及び採用事務以外の目的には一切使用しません。

5 選考方法 書類選考、面接

6 選考日時・場所 提出書類の確認後、申込者本人に連絡します。

7 選考結果 申込者本人に通知します。

8 申込先（担当課・グループ）・問い合わせ先

この募集の詳細については、次のところにお問い合わせください。

〒922-8522 石川県加賀市作見町リ 36 番地

加賀市医療センター管理部総務課人事グループ

電話(代表) 0761-72-1188(内線：2009)

FAX 0761-76-5263

## 会計年度任用職員選考申込書

加賀市病院事業会計年度任用職員の選考について、次により応募したいので、履歴書を添えて申し込みます。

職種区分	
勤務時間	<input type="checkbox"/> 週 20 時間 <input type="checkbox"/> 週 30 時間 <input type="checkbox"/> 週 35 時間

※ 希望の勤務時間にチェックを入れて下さい。

令和      年      月      日

現住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

加賀市病院事業管理者    清 水   康   一   様

# 履 歴 書

令和 年 月 日現在

(ふりがな) 氏 名		※性別	写真を貼る位置 1. 縦 36～40 mm 横 24～30 mm 2. 本人単身胸から上 3. 裏面にのりづけ 4. 裏面に氏名記入
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
(ふりがな) 現住所	〒		
	TEL — —		

## 1 学歴 (最終のものから順次書いてください。)

学 校 名	学部学科名	在学期間
		年 月 入学 年 月 卒業
		年 月 入学 年 月 卒業
		年 月 入学 年 月 卒業

## 2 免許・資格等

名 称	種 類	取得年月日	発 行 者
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	

